

Anschrift des Leistungsträgers:

Anschrift des Leistungserbringers:

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

Email: _____

Fax: _____

Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen /HEB-Bogen)

**für Menschen mit einer wesentlichen seelisch Behinderung
zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für**

Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Die im HEB Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser HEB Bogen ist Teil des Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfege-
währung.

Der HEB Bogen besteht aus drei Teilen. Bitte verwenden Sie anlassbezogen den jeweils zutreffenden Teil des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Teilbogen A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung. Für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes bitte den Teilbogen B) Entwicklungsbericht sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Teilbogen C). Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigefügt werden.

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sowie der geschlossenen Rahmenvereinbarung (vgl. § 75 Abs. 3 i. V. m § 79 SGB XII) sind die Leistungserbringer zur Weiterleitung des HEB Bogens an den Leistungsträger verpflichtet.

Paragraph 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleis-
tungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur
Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

<p>A) <input type="checkbox"/> Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</p> <p>Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von <u>drei Monaten</u> wie folgt mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beschreibung der aktuellen Situation/ Problemlage 2. Die Förderziele 3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen. <p>Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/dessen Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt.</p>	<p>B) <input type="checkbox"/> Entwicklungsbericht</p> <p>C) <input checked="" type="checkbox"/> Abschlussbericht</p> <p>Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen 2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes 3. Die Fortschreibung der Förderziele (entfällt beim Abschlussbericht) 4. Die weiteren Maßnahmen <p>Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.</p>
---	---

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Erstellt am: _____

C) Teilbogen Abschlussbericht _____

Beendigung der Maßnahme am _____

1. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Erstellt am: _____

2. Selbstversorgung und Wohnen

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
 Information und Beratung
 Erschließung von Hilfen im Umfeld
 Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
 begleitende, übende Unterstützung
 intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____ **Erstellt am:** _____

3. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung/ Für Werkstätten siehe auch Einlegeblatt WfbM

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____ **Erstellt am:** _____

4. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Erstellt am: _____

5. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate 12 Monate 24 Monate _____ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Erstellt am: _____

Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der **Schwerpunkt der Förderung** innerhalb des Berichtszeitraumes lag:

- | |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen |
| 2. <input type="checkbox"/> Selbstversorgung / Wohnen |
| 3. <input type="checkbox"/> Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung |
| 4. <input type="checkbox"/> Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben |
| 5. <input type="checkbox"/> Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z. B. Krankheitseinsicht, Krisen etc.) |

Sichtweise des Leistungsberechtigten bezüglich der beendeten sowie der geplanten Maßnahmen:

Name, Vorname: _____	geb. am: _____	Erstellt am: _____
-----------------------------	-----------------------	---------------------------

Gründe für die Beendigung der bisherigen Leistungen:

- Ablauf des Bewilligungszeitraumes
- Kündigung durch den Leistungsberechtigten
- Kündigung durch den Leistungsanbieter
- Sonstiges

Erläuterung zur Beendigung der bisherigen Leistungen:

Weitere Planung:

Stationäre Wohnform	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Außenwohngruppe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Betreute Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Betreutes Einzelwohnen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tagestätte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Keine Veränderung	<input type="checkbox"/> Ja	
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Betreuungsschlüsseempfehlung für die geplante Leistung: _____

oder empfohlener Stundenbedarf: _____

- Innerhalb eines Jahres
 von 1-2 Jahren
 von _____ Jahren

Betreuungsschlüsseempfehlung für das geplante Angebot: _____

empfohlener Stundenbedarf: _____

Name, Vorname _____ geb. am : _____ Erstellt am: _____

Eine ambulante / teilstationäre Maßnahme ist zur Zeit aus folgenden Gründen nicht möglich:

Ergänzende Ausführungen, z. B. Krisen während des Berichtszeitraumes, Klinikaufenthalte etc.:

Vorrangiger Ansprechpartner (Casemanager) ist:

Der / Die Leistungsberechtigte (ggf. sein/ihr Betreuer/in) bestätigt mit seiner/ ihrer Unterschrift, dass mit der Beendigung der Leistung Einverständnis besteht.

Die Sozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistungsträgers) ist datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S. 3 SGB X. Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt des HEB-Bogens. Der Leistungsberechtigte bzw. bzw. sein gesetzlicher Betreuer erklärt für die Zweckbestimmung dieses Bogens seine Einwilligung in die der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).

Datum, Unterschrift des Leistungserbringers

Datum, Unterschrift des / der Leistungsberechtigten

Datum, Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuers / in